

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Sumario

- Intervención breve
- Intervención intensiva
- Ayuda motivacional
- Tratamiento farmacológico
- Deshabituación tabáquica en embarazo y lactancia
- Otros tratamientos

“El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población”.

El consumo de tabaco es la primera causa aislada de morbilidad prematura prevenible^{1,2}. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud de 2006, la prevalencia de tabaquismo (fumadores diarios y ocasionales) estimada en España es del 30% en la población de más de 16 años (36% en varones y 24% en mujeres).

Según el Plan de Salud 2002-2010 del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, en los varones el consumo de tabaco es responsable del 28% de los fallecimientos, y en las mujeres del 10%¹. En cuanto al tabaquismo pasivo, se estima que en el año 2002 fallecieron en España más de 1.200 personas por la exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco⁴.

Dejar de fumar aporta beneficios a todas las personas que fuman y a las que no fuman y es una intervención muy coste-efectiva a corto plazo; de hecho, el tratamiento del tabaquismo resulta cuatro veces más coste-efectivo que el tratamiento de la hipertensión arterial y 13 veces más que el tratamiento de la hipercolesterolemia⁵. Las personas que dejan de fumar antes de caer enfermos consiguen evitar la mayoría de los riesgos de muerte¹.

Según el Plan de Salud los profesionales sanitarios, y en especial los de atención primaria, deben informar sistemáticamente en su práctica habitual sobre el hábito tabáquico, sus consecuencias para la salud, y los procedimientos de deshabituación¹.

En este INFAC se van a revisar las herramientas que posee el profesional de atención primaria para ayudar a los pacientes que quieren dejar de fumar. El boletín se centra en el abordaje del tratamiento en las personas adultas, no en niños o adolescentes, ni en la prevención del hábito tabáquico en esta población.

La Organización Mundial de la Salud define como fumador a toda persona que haya fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.

- El primer paso para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco es **identificar** a todos los fumadores que acuden al centro de salud⁵. La población diana es cualquier persona mayor de 10 años que acuda a un sanitario por cualquier demanda. La periodicidad mínima de esta detección es de una vez cada dos años. No es necesario interrogar cada vez a las personas mayores de 25 años que nunca han fumado⁶.
- Es fundamental saber que la **motivación** es el motor del cambio y que cuantos más y mejores motivos encuentre la persona para dejar de fumar, más aumentará su confianza en que puede dejarlo, y más fácilmente logrará su objetivo. Para conocer el grado de motivación se pueden realizar preguntas abiertas, utilizar test cualitativos (tabla 1) o bien cuestionarios como el de Richmond⁵.
- La valoración de la **dependencia** resulta útil para establecer el tipo de intervención. Para ello se puede utilizar un test cualitativo, como el de Fagerström (tabla 2) o bien preguntas como: ¿cuántos cigarrillos fuma usted al día?, ¿cuánto tarda en encender el primer cigarrillo desde que se despierta?⁵

La mayoría de las guías^{6,7} recomiendan la herramienta denominada «5A», en la que se proponen las estrategias para llevar a cabo la intervención de deshabituación tabáquica (tabla 3).

Intervención breve

Se denomina intervención breve al abordaje oportunista mediante entrevista entre el profesional sanitario y el paciente, centrada en el hábito tabáquico, que no excede de 10 minutos por entrevista y no supera las 3 visitas anuales. El objetivo es motivar al fumador para que se plantee dejar de fumar y prevenir las recaídas^{5,7}.

En los pacientes fumadores se ha demostrado que una intervención en forma de consejo breve, frente a la no

intervención, muestra en promedio (las cifras varían mucho entre los distintos estudios) una diferencia absoluta en las tasas de abandono tabáquico del 2,5%, esto es, por cada 40 pacientes a los que se recomienda dejar de fumar, un paciente abandonará el hábito⁸. Aunque a simple vista parezca un efecto pequeño, teniendo en cuenta que es una intervención sencilla y la prevalencia de fumadores alta, el impacto del consejo breve sobre la salud de la población es importante.

Intervención intensiva

Desde el momento en que el paciente manifiesta su voluntad de dejar de fumar, establece una fecha, y se somete a tratamiento programado, se considera que la intervención es intensiva.

Todos los profesionales sanitarios deberían aconsejar sistemáticamente a todos los fumadores que abandonen el tabaco

Este tipo de intervención, que puede ser individual o grupal, implica un tiempo de primera consulta de unos 30 minutos y unas 4-6 consultas de seguimiento de unos 15-20 minutos cada una, durante un mínimo de 6 meses o, si es posible, un año.

En la primera visita es fundamental valorar la motivación (tabla 1), comprobar que está realmente preparado y fijar un día D preferiblemente en las siguientes dos semanas para dejar de fumar. Se realizará:

- anamnesis (enfermedades, depresión, ansiedad...) y exploración general (peso, presión arterial...).
- estudio del hábito: edad de inicio, número de cigarrillos

diarios, marca, motivos por los que se fuma, motivos por los que se quiere dejar de fumar, intentos previos y recaídas: cuántos, cómo y cuándo fue el último intento o la última recaída.

Finalmente se valorará la dependencia (tabla 2), se reforzará la motivación y se pactará la necesidad de tratamiento farmacológico⁹.

Las intervenciones intensivas en la consulta han mostrado un pequeño beneficio (aumentan las tasas de abstinencia) sobre las intervenciones breves; su beneficio es mayor en pacientes con comorbilidad⁸. Por otro lado, consumen mucho tiempo y a menudo no son factibles. Por todo ello no se recomiendan como intervención de rutina en fumadores no seleccionados. Sin embargo pueden ser beneficiosas en pacientes motivados⁸. En general, se recomienda utilizar la intervención más intensiva posible en cada caso¹⁰.

Ayuda motivacional

El objetivo es cambiar el comportamiento relacionado con el tabaquismo estimulando la adquisición de habilidades personales que faciliten la abstinencia (tabla 4 y las 5R de la tabla 3).

La ayuda motivacional es más eficaz que el consejo breve, tanto si se realiza de forma individual como gru-

pal. No obstante, no está claro qué elemento de la ayuda motivacional es más efectivo, o si hay enfoques (como la entrevista motivacional o las terapias cognitivo-conductuales) más eficaces que otros. Si se dispone de unidad de tabaquismo para proporcionar ayuda motivacional se recomienda derivarlos¹¹.

Tratamiento farmacológico

La adopción de un tratamiento farmacológico debe ser discutida con el paciente. Su elección dependerá de las contraindicaciones, efectos adversos de cada fármaco y el coste del tratamiento. También de las preferencias del paciente, de la posibilidad de recibir apoyo o consejo, de las probabilidades de que el paciente continúe el tratamiento y de las experiencias previas. El tratamiento farmacológico debe ir acompañado de consejo antitabaco

o apoyo motivacional, ya que todos los estudios con fármacos se han realizado en este contexto.

Tradicionalmente el tratamiento con fármacos se ha utilizado en personas con dependencia moderada y alta. En aquéllas con dependencia baja se individualizaba según el caso⁶. Actualmente las guías recomiendan **ofrecer apoyo farmacológico de rutina**, ya que de esta forma se mejoran las tasas de abstinencia y se

Fármacos	Parches de nicotina	Chicles de nicotina	Comprimidados para chupar de nicotina	Bupropión	Vareniclina
Presentación	Parches de 24 y 16 horas	Chicles de 2 y 4 mg	Comprimidados de 1 y 2 mg	Comprimidados de 150 mg	Comprimidados 0,5 y 1 mg
Dosis/ Duración	Un parche al día. Parche de 24 h: 4 semanas 21 mg. 2 semanas 14 mg. 2 semanas 7 mg. Parche de 16 h: 4 semanas 15 mg. 2 semanas 10 mg. 2 semanas 5 mg.	Dependencia baja o moderada: 2 mg. Dependencia alta o recalcida: 4 mg. Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada hora). No pasar de 25 chicles/día de 2 mg, ni de 15 chicles/día de 4 mg.	(equivalen a un chicle de 2 y 4 mg) Probar pautas de dosificación fijas (1 comprimido cada 2 horas). Dosis habitual: 8-12 comprimidos al día. No pasar de 30 comprimidos /día.	150 mg al día durante 6 días; después 150 mg 2 veces al día (separados al menos por un intervalo de 8 horas) durante 7-9 semanas. Los comprimidos deben ingerirse enteros y no masticarse. Si se olvida una dosis esperar a tomar la siguiente.	Días 1-3: 0,5 mg/24 h. Días 4-7: 0,5 mg/12 h. Día 8-hasta final del tratamiento (12 semanas): 1 mg/12 h. Si no se toleran los efectos adversos: reducir la dosis a 0,5 mg/12 h. Tragar los comprimidos enteros con agua. Si se consigue dejar de fumar, puede considerarse un tratamiento adicional de otras 12 semanas a dosis de 1 mg/12 h.
Instrucciones	Utilizar sobre piel seca, con poco vello y sin lesiones. Empezar a usar al levantarse el día que deja de fumar.	Masticar el chicle de 5 a 10 veces hasta percibir un sabor «picante», y colocarlo entonces entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle).	Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor «picante», y colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba. Cuando disminuya el sabor volver a chupar (ir cambiando el sitio de colocación del comprimido).	La toma de bupropión debe iniciarse entre 1 y 2 semanas antes de la fecha fijada para dejar de fumar. Administrar la última toma lo antes posible para evitar insomnio.	La toma de vareniclina debe iniciarse entre 1 y 2 semanas antes de la fecha fijada para dejar de fumar. Tomarlo después de las comidas y con agua puede disminuir las náuseas ¹⁶ .
Adversos	Frecuentes: irritación de la piel, mareo, dolor de cabeza, insomnio. Graves (poco frecuentes): arritmias cardíacas, hipertensión, taquicardia, hipersensibilidad.	Frecuentes: diarrea, indigestión, irritación oral. Graves: frecuencia cardíaca irregular, palpitaciones, sobredosis de nicotina.		Frecuentes: taquicardia (11%), náuseas (13-24%), xerostomía (17-26%), cefalea (25-34%), insomnio (11-20%). Graves: arritmias cardíacas (5%), anafilaxia, convulsiones (0,1%), trastornos psicóticos, ideación suicida.	Frecuentes: estreñimiento (5-8%), flatulencia (6-9%), náuseas (16-40%), vómitos, pesadillas (9-13%), cefalea (15-19%) insomnio (18-19%). Graves: comportamientos anormales, ideación suicida. Se han notificado IAM post-comercialización.
Contraindicaciones	Dermatitis generalizada.			Trastorno convulsivo actual o antecedentes; tumor SNC, cirrosis hepática grave, deshabitación brusca de alcohol o benzodiazepinas, anorexia o bulimia actual o previa, uso de IMAO, historia de trastorno bipolar.	
Precauciones	Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, diabetes, hipertiroidismo, feocromocitoma, insuficiencia hepática y renal grave, úlcera péptica activa. No recomendado su uso en niños pero puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico ¹⁵ .			Dosis máxima de 150 mg al día en insuficiencia hepática leve-moderada, insuficiencia renal, ancianos, diabetes, uso abusivo de alcohol, traumatismo craneal y si se administran fármacos que disminuyen el umbral convulsivo.	En el caso de que aparezca ideación o comportamiento suicida debe suspenderse el tratamiento inmediatamente. En insuficiencia renal moderada puede reducirse la dosis a 1 mg/24 horas.
Posibles ventajas /Inconvenientes ⁹	Ventaja: fácil dosificación, puede mejorar el cumplimiento. Inconveniente: irritación local, hasta en 50%. Insomnio con parche de 24 h. Requiere 30-60 minutos para conseguir el efecto máximo.	Ventaja: puede satisfacer la necesidad de tener algo en la boca, alcanzan niveles rápidamente. Inconveniente: bajos niveles de nicotina. Requieren múltiples dosis por lo que se puede ver afectado el cumplimiento.		Ventaja: puede ser útil para depresión (efecto antitabaco independiente). Inconveniente: muchas contraindicaciones e interacciones, especialmente con antirretrovirales. No se puede dar en menores de 18 años ni en embarazo o lactancia ¹⁵ .	Inconveniente: no se puede dar en menores de 18 años ni en embarazo o lactancia ¹³ .

Tabla 1. Test de motivación simple para dejar de fumar⁹

- ¿Quiere de verdad dejar de fumar?
- ¿Está interesado en hacer un intento serio para dejarlo en un futuro próximo?
- ¿Está interesado en recibir ayuda cuando lo intente?

Responder «sí» a las tres preguntas sugiere que se debe ofrecer apoyo motivacional y/o farmacológico

Tabla 2. Test de dependencia física a la nicotina de Fagerström

- ¿Cuánto tiempo pasa habitualmente desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos.....	3
De 6 a 30 minutos.....	2
31 ó más.....	0
- ¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido?

Sí.....	1
No.....	0
- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?

El primero de la mañana.....	1
Cualquier otro.....	0
- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día habitualmente?

Menos de 10.....	0
Entre 11 y 20.....	1
Entre 21 y 30.....	2
31 o más.....	3
- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que el resto del día?

Sí.....	1
No.....	0
- ¿Fuma aunque esté enfermo en cama la mayor parte del día?

Sí.....	1
No.....	0

La dependencia se clasifica en: **0-3**: leve; **4-6**: moderada; **7-10**: alta

Tabla 4. Consejos para superar obstáculos⁶

- Pensar en las dificultades para dejar de fumar incluyendo los síntomas de abstinencia y las razones para dejar de fumar
- Comunicar en el entorno familiar, laboral y social que se va a dejar de fumar y buscar apoyo en ellos
- Calcular el dinero que se gasta en fumar
- Debilitar el vínculo del cigarrillo con determinadas situaciones
- Evitar estímulos ambientales: bebidas alcohólicas, elementos que recuerden al tabaco (mechero, café...) de casa, del coche, del trabajo
- Beber grandes cantidades de agua o zumos ricos en vitamina C
- Practicar ejercicios de relajación sencillos, por ejemplo, respiraciones profundas
- Realizar ejercicio suave

Tabla 3. Estrategia 5A

AVERIGUAR en cada paciente y en cada visita si el paciente fuma o no, su nivel de adicción y su disposición a dejar de fumar y registrarlo en la historia

ACONSEJAR a todos los fumadores que dejen de fumar. El consejo debe ser claro, contundente y personalizado

ACORDAR un plan de acción según la disposición del paciente a dejar de fumar

- Si el paciente está motivado se continúa con la estrategia 5A. Diagnosticar y tratar trastornos afectivos, incluyendo trastornos de ansiedad que disminuyen el éxito de la deshabituación
- Si no desea dejar de fumar se aplica la intervención motivacional llamada 5R:
 - Relevancia del dejar de fumar
 - Riesgos del tabaco para la salud
 - Recompensas positivas para la salud por dejar de fumar
 - Resistencias, barreras o dificultades personales para dejarlo
 - Repetición de esta acción con cierta periodicidad

AYUDAR al paciente:

- A desarrollar capacidades para enfrentar y superar obstáculos:
 - Ayuda motivacional (tabla 4)
 - Anticipar los síntomas asociados a dejar de fumar (tabla 5)
- Plantear farmacoterapia
- Ofrecer manuales de ayuda:
 - guía para dejar de fumar editada por el Departamento de Sanidad accesible en http://www.osanet.euskadi.net/r8520432/es/contenidos/informacion/tabaquismo/es_4051/gida_c.html.
 - embarazo sin tabaco, accesible en: http://www.osanet.euskadi.net/r8520432/es/contenidos/informacion/salud_mujer/es_4048/tabaco_embarazo.html

ACOMPañAR en el proceso de dejar de fumar, para evitar recaídas. Planificar visitas de seguimiento, felicitar por el éxito

Tabla 5. Síntomas del síndrome de abstinencia y recomendaciones para disminuirlos⁶

Síntomas	Recomendaciones
Deseo muy fuerte de fumar	• Realizar tres respiraciones profundas reteniendo el aire el máximo tiempo posible, pensando en lo que está haciendo • Beber agua o zumos • Masticar chicles sin azúcar o comer una manzana, fresas, naranja o chupar una rodaja de limón • Saber que estas ganas tan intensas de fumar cada vez serán menores y menos frecuentes y que no se acumulan
Insomnio	• Evitar el café, la coca cola, el té. Tomar tila o valeriana • Hacer más ejercicio • Intentar técnicas de relajación
Dolor de cabeza	• Ducha o baño templado • Intentar técnicas de relajación
Estreñimiento	• Dieta rica en fibras (fruta con piel, verdura, legumbres) • Beber mucha agua
Dificultad de concentración	• No exigirse un alto rendimiento durante las primeras semanas • Evitar las bebidas alcohólicas
Nerviosismo	• Caminar, tomar un baño, intentar técnicas de relajación • Evitar el café y las bebidas con cafeína
Hambre	• Beber mucha agua y zumos sin azúcar • Vigilar la ingesta de azúcares refinados y de alimentos ricos en calorías
Cansancio	• Aumentar las horas de sueño

aumenta la posibilidad de éxito de cada intento de des-habitación^{10,11}.

Las terapias farmacológicas disponibles son la terapia de sustitución de nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. Ninguna de ellas está financiada en nuestra comunidad autónoma.

TSN^{10,12}. Actualmente están comercializados parches transdérmicos, chicles y comprimidos para chupar de nicotina. En atención primaria es probable que los parches sean más fáciles de utilizar que el chicle o los comprimidos. Ninguna de estas formas ha mostrado ser superior a otra y parecen tener similar eficacia: aumentan las probabilidades de abandono del hábito a largo plazo aproximadamente 1,5 a 2 veces. La duración del tratamiento es de 12 semanas.

El uso del parche durante las horas de vigilia solamente (16 horas al día) es tan eficaz como su uso durante las 24 horas del día.

En cuanto a la duración del tratamiento, mantener la TSN durante ocho semanas es tan eficaz como los tratamientos más largos y no existen pruebas de que la disminución progresiva sea mejor que el abandono abrupto.

La TSN reduce la intensidad de los síntomas de abstinencia pero éstos no se eliminan por completo. En los pacientes que no han podido abandonar el hábito con un único tipo de TSN puede considerarse combinar el parche de nicotina con chicles o comprimidos dosificados a demanda.

Según la guía NICE¹³, la TSN puede ser útil en personas que no han sido capaces de dejar de fumar por completo pero que quieren disminuir el número de cigarrillos hasta dejar de fumar definitivamente. Sin embargo, esta forma de dejar de fumar no está aún suficientemente evaluada.

El tratamiento farmacológico debe ir acompañado de consejo antitabaco o apoyo motivacional

Bupropión¹⁴. Es un antidepresivo que está indicado en la dependencia del tabaco, como adyuvante del apoyo motivacional. El mecanismo de acción del bupropión es independiente de su efecto antidepresivo y tiene una eficacia similar a la TSN. En una revisión Cochrane (que incluía 31 ensayos clínicos) bupropión duplicó las tasas de abandono del tabaco en comparación con la ausencia de tratamiento farmacológico. Bupropión es igual de efectivo en los fumadores con y sin antecedentes de depresión. No se ha mostrado un beneficio significativo a largo plazo del tratamiento prolongado con bupropión para prevenir recaídas después del abandono inicial. Bupropión puede ser útil en aquellos que fracasan con la TSN.

Existe un riesgo de aproximadamente 1/1.000 pacientes tratados de sufrir crisis convulsivas asociadas con el uso de bupropión.

No se ha demostrado que bupropión aumente el riesgo de suicidio. La duración de tratamiento es de 12 semanas.

Vareniclina¹⁵. En una revisión Cochrane vareniclina aumentó las tasas de abandono aproximadamente tres veces, en comparación con la ausencia de tratamiento farmacológico.

En los ensayos frente a bupropión, vareniclina ha mostrado mejores tasas de abstinencia. En un reciente ensayo abierto vareniclina fue superior a TSN a corto plazo, pero a largo plazo las diferencias no fueron significativas¹⁶. Hacen falta ensayos adicionales para establecer la eficacia relativa de los distintos tratamientos. No se ha establecido claramente la efectividad de la vareniclina como una ayuda a la prevención de las recaídas. Las náuseas son el principal efecto adverso de la vareniclina, pero en la mayoría de los casos son leves o moderadas y tienden a disminuir con el tiempo. La duración de tratamiento es de 12 semanas.

Deshabitación tabáquica en el embarazo y lactancia

El hábito de fumar en el embarazo aumenta el riesgo de que los recién nacidos tengan bajo peso al nacer y sean prematuros. Idealmente, se recomienda realizar una capacitación precoz en la consulta de atención primaria, si la mujer acude a la consulta cuando está planificando un embarazo, para realizar una intervención breve que implique también al otro miembro de la pareja y al resto de la familia⁵.

En el embarazo y la lactancia se debe recomendar siempre el abandono completo del tabaco sin ayuda farmacológica. No obstante, en caso de no conseguirse en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes, **puede recomendarse dejar el tabaco con TSN** bajo supervisión médica y con un fuerte apoyo motivacional.

El riesgo de la TSN para el feto es probablemente menor que el que supone el tabaco.

En la lactancia, la nicotina se excreta en leche materna en cantidades que pueden afectar al bebé, por lo que en principio debe evitarse tanto la TSN como el tabaco. Si se desea dejar de fumar y se considera necesaria ayuda farmacológica puede ser preferible el uso de formas orales de TSN administradas justo después de amamantar y evitándolas durante las dos horas previas.

Tanto en el embarazo como en la lactancia es razonable usar formas de liberación rápida (chicle, comprimidos) o parches de 16 horas para minimizar la exposición del feto o el lactante¹¹. **Bupropión y vareniclina no son recomendables en el embarazo y la lactancia**¹³.

Otros tratamientos

Nortriptilina ha mostrado ser eficaz como ayuda al abandono del hábito de fumar; sin embargo, no está autorizada para esta indicación en ningún país. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no se han mostrado eficaces¹⁴.

Existe evidencia de que la acupuntura no mejora las tasas de abstinencia a largo plazo más que placebo¹³.

La hipnoterapia no ha mostrado ser más eficaz que el no tratamiento. Hay evidencia de que la hipnoterapia no mejora las tasas de abstinencia a largo plazo más que otras intervenciones que conllevan la misma cantidad de tiempo y atención al paciente como la intervención individual¹³.

Agradecimientos: agradecemos a Yolanda Cantera, Itxaso Manzano e Inmaculada Zubía, técnicas de promoción de la salud de las Subdirecciones de Salud Pública de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, la revisión del texto así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Políticas de salud para Euskadi: Plan de salud 2002-2010. Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20726/es/contenidos/informacion/plan_salud/es_4043/psalud_pol_c.html. Accedido el: 3/3/2008.
2. CONCLUSIONES DEL VI CONGRESO DEL Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Accedido: 3/3/08. Disponible en: http://www.cnpt.es/docu_pdf/Conclusiones VI.pdf
3. Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España. Avance de resultados junio 2006 - enero 2007. Tablas estadísticas con datos provisionales a nivel nacional.
4. López MJ, Perez-Ríos M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tobacco Control*. 2007;16(6):373-7.
5. Córdoba R. Los principales problemas de salud. *Tabaco*. AMF. 2006;2(1):6-18.
6. Grupo de educación sanitaria y promoción de la salud PAPPS. Grupo de abordaje al tabaquismo de SEMFYC. Accedido: 3/3/08. Disponible en: <http://server1.semfyc.es/apsinhumo/diptico.pdf>
7. Pozuelos F, Márquez L, Molina LJ, Domínguez JL, Antonia J. Programas de desintoxicación nicotínica en Atención Primaria. Accedido: 3/3/08. Disponible en: http://www.sadex.org/revis-ta/9_revisi1.pdf
8. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.:CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub2.
9. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*. 2004;328:338-9.
10. Rennard SI, Daughton DM. UpToDate®: Overview of smoking cessation. Licensed to Osakidetza. Accedido el 22/01/08.
11. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ*. 2007;335(7609):37-41.
12. Silagy C, Lancaster T, Stead L; Mant D, Fowler G. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
13. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10. Disponible en: <http://www.library.nhs.uk/respiratory/ViewResource.aspx?resID=280953> Accedido: 4/3/08.
14. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Aubin H-J, Bobak A, Britton JR et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax* 2008;doi:10.1136/thx. 2007.090647.

Fecha de revisión bibliográfica: abril 2008

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Se han recibido últimamente numerosas peticiones de personas que prefieren dejar de recibir en formato papel tanto el INFAC, como la ficha Nuevo Medicamento a Examen, por tenerlas disponibles en la web. Si alguien prefiere no recibir estas publicaciones en papel puede mandar un correo electrónico a la siguiente dirección: cevime4-san@ej-gv.es

Galdeta, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Osakidetza



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X · D.L.: BI-587-99